



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

A desprescrição em fim de vida: uma abordagem centrada no doente

Joana Soares Coelho Campos Caramelo

Abril'2020



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

A desprescrição em fim de vida: uma abordagem centrada no doente

Joana Soares Coelho Campos Caramelo

Orientado por:

Dr^a Joana Catarina Vintém Ramalho

Abril'2020

Resumo

Introdução: Devido ao envelhecimento da população e à maior esperança de vida dos doentes com doenças avançadas, os cuidados paliativos e, consequentemente a revisão da farmacoterapia, estão a assumir uma especial relevância na nossa sociedade. A desprescrição consiste num processo sistemático, contínuo e dinâmico de avaliação da adequação de cada fármaco para determinado doente, considerando os seus potenciais riscos e benefícios tendo em conta os objetivos evolutivos de cuidados individualizados, e consequente descontinuação de fármacos, mudança para fármacos mais seguros ou redução das doses com o objetivo de otimizar os resultados, gerindo a polifarmácia e reduzindo os Fármacos Potencialmente Inadequados (FPI).

Objetivos: Revisão do conceito de desprescrição em fim de vida e da sua relação com a polifarmácia e fármacos potencialmente inadequados em fim de vida, benefícios e riscos, barreiras e facilitadores, visando à construção de um protocolo standardizado.

Métodos: Revisão bibliográfica não sistemática. Foi utilizada a PubMed e consultada a Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e o European Journal of Internal Medicine. Foram incluídos artigos publicados até dezembro de 2019. Excluíram-se artigos de acesso pago e escritos em qualquer língua que não inglês ou português.

Desenvolvimento e discussão: Em doentes em fim de vida a desprescrição tem especial importância devido à alta incidência da polifarmácia e do uso de FPI, associados a inúmeros riscos. Ainda assim, o benefício que da desprescrição pode advir terá de ser contrabalançado com os seus potenciais riscos como o aparecimento de sintomas *rebound*, síndrome de abstinência, reversão do efeito sinérgico de alguns fármacos, alterações farmacocinéticas e/ou farmacodinâmicas nos fármacos remanescentes, compromisso da relação terapêutica e efeitos a nível psicológico no doente, família e/ou cuidadores. Torna-se, por isso, importante a compreensão das barreiras à desprescrição, de modo a facilitar a desprescrição na prática clínica com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente.

Conclusão: Com esta revisão torna-se clara a impossibilidade da construção de um protocolo standardizado para a desprescrição em fim de vida. Ainda assim, é reforçada a premência de tornar este ato terapêutico numa prática clínica mais recorrente.

Palavras-chave: Desprescrição, Cuidados Paliativos, Polimedicação, Prescrição Inadequada.

Abstract

Introduction: Due to the ageing population and to the increasing life expectancy of patients with advanced diseases, palliative care and, consequentially, pharmacotherapy revision are taking on a special importance in our society. Deprescription is a systematic, continuous and dynamic process of evaluating the adequacy of each and every drug in the context of a given patient, considering its potential risks and benefits according to the evolutive objectives of their individualized care, and consequent discontinuation of the drug, change to a safer one or it's dose reduction in order to optimize the pharmacotherapy results by managing the polypharmacy and reducing the amount of Potentially Inadequate Drugs (FPI).

Objectives: Review of the concept of end of life deprescription and its relationship with polypharmacy and FPI, its benefits and risks, barriers and enablers, aiming at the construction of a standardized protocol.

Methods: Non-systematic literature review. The research was conducted using PubMed database, the Portuguese Society of Internal Medicine Magazine and the European Journal of Internal Medicine. Articles published until December 2019 were included. Articles with paid access and written in any language other than English or Portuguese were excluded.

Development and discussion: In terminal patients deprescription is a particularly important subject due to the high incidence of polypharmacy and use of FPI, which are associated with numerous risks. Even so, the benefit that may arise from deprescribing must be balanced with its potential risks such as the appearance of rebound symptoms, abstinence syndrome, reversal of the drugs' potential synergic effect, pharmacokinetic and/or pharmacodynamic changes in the remaining drugs, compromise of the therapeutic relationship and psychological effects on the patient, family and/or caregivers. Therefore, it becomes important to understand the barriers to deprescription in order to facilitate deprescribing in clinical practice in order to improve the patient's quality of life.

Conclusion: This review supports the impossibility of the construction of a standardized protocol for end-of-life description. Even so, it reinforces the urge to make this therapeutic act a more recurrent clinical practice.

Key-words: Deprescription, Palliative Care, Polypharmacy, Inappropriate Prescribing.

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

Índice

Introdução	7
Objetivos	8
Métodos	9
Desenvolvimento e discussão	11
A desprescrição em fim de vida.....	11
A polifarmácia e os fármacos potencialmente inadequados em fim de vida.....	11
Benefícios e riscos associados à desprescrição	13
Barreiras à desprescrição	14
Facilitando a desprescrição	15
Conclusão	20
Agradecimentos	22
Bibliografia.....	23

Introdução

Devido ao envelhecimento da população e à maior esperança de vida dos doentes com doenças avançadas, os cuidados paliativos estão a assumir uma especial relevância na nossa sociedade. Paralelamente, a revisão da farmacoterapia tornou-se uma matéria importante neste contexto.¹

Nos doentes em fim de vida, i.e., naqueles com prognóstico igual ou inferior a 12 meses, o objetivo da farmacoterapia passa de curativo para paliativo, devendo o médico agir visando o conforto dos doentes, minimizando o seu sofrimento e melhorando a sua qualidade de vida.¹⁻³

Apesar de tudo, existe crescente evidência do uso excessivo, e muitas vezes inadequado, de medicação neste tipo de doentes o que se associa a riscos, tornando-se imperativa a desprescrição de modo a otimizar a farmacoterapia.^{1,4}

Apesar da preocupação com o tema da desprescrição, poucas são as evidências dos benefícios e riscos da descontinuação de medicamentos nos doentes em fim de vida porque estes são normalmente excluídos dos estudos, ficando a prática clínica dependente de consensos de peritos.⁵

Objetivos

Com esta revisão pretende-se fazer uma abordagem à desprescrição de uma forma holística, dando primazia ao humanismo necessário ao ato paliativo, olhando para a pessoa para além do prognóstico e da doença, e aceitando a morte como uma etapa natural da vida.² Através da leitura crítica da bibliografia procura-se rever o conceito de desprescrição em fim de vida, sua relação com a polifarmácia e fármacos potencialmente inadequados em fim de vida, seus benefícios e riscos, suas barreiras e facilitadores, visando à construção de um protocolo estandardizado que contorne as barreiras à desprescrição na prática clínica, de modo a otimizar os benefícios e a minimizar os riscos associados a este ato terapêutico.

Métodos

Foi formulada a questão a investigar com base no SPIDER: *Sample; Phenomen of Interest; Design; Evaluation; Research type*.

- *Sample*: Pessoas com uma doença que limite a esperança de vida para 12 meses ou menos ou pessoas a receber cuidados paliativos; com pelo menos um fármaco prescrito; estudos na comunidade, em ambulatório e em meio hospitalar. Foi excluída a população não humana, grávidas, pessoas com menos de 18 anos e doentes em fase agónica.
- *Phenomen of Interest*: Identificação dos doentes em fim de vida, polimedicados ou com prescrição de Fármacos Potencialmente Inadequados (FPI), e sua abordagem holística para pesquisa de indicadores (quer do doente quer do contexto farmacológico) para a adequação da desprescrição; intervenções médicas que visam a desprescrição de modo a diminuir a futilidade médica.
- *Design*: Revisão não sistemática.
- *Evaluation*: Identificação do impacto da desprescrição nos doentes em fim de vida medido primariamente pela alteração da qualidade de vida (definida pelos critérios dos autores), mas também pela mortalidade, hospitalização, institucionalização, efeitos adversos da suspensão do fármaco, número de FPI desprescritos, adesão à terapêutica, biomarcadores, custos de saúde para o doente e para o público (por admissões hospitalares, uso dos serviços de saúde, mudança para um lar, aumento da necessidade de cuidadores), experiência e aceitação do doente e dos cuidadores, re-prescrição do mesmo medicamento nos meses seguintes, sintomas *rebound*.

Apesar de este trabalho querer abordar este tema com base no impacto da desprescrição na qualidade de vida destes doentes, os estudos que avaliam outros *outcomes* não foram excluídos desde que deles se consiga extrair essa informação. Para além disso, não foram definidos os critérios de qualidade de vida nestes doentes, dada a grande heterogeneidade avaliada pelos estudos, aliada à escassez de investigação publicada sobre o tema.

- *Research type*: Estudo misto (qualitativo e quantitativo).

Foi conduzida uma pesquisa na base de dados da PubMed utilizando a seguinte estratégia de pesquisa: (((*"Life Expectancy"*[Mesh] OR *"Terminal Care"*[Mesh] OR *"Hospice Care"*[Mesh] OR *"Palliative Care"*[Mesh] OR *"Palliative Medicine"*[Mesh] OR *dying* OR

"last days of life" OR "last hours of life" OR "last weeks of life" OR "last months of life") AND Humans[Mesh])) AND ((("Inappropriate Prescribing"[Mesh] OR "Potentially Inappropriate Medication List"[Mesh] OR "Deprescriptions"[Mesh] OR "Medication Therapy Management"[Mesh] OR "med* optimisation" OR ((discontinu* OR withdraw* OR cessation OR stop*) AND "Pharmaceutical Preparations"[Mesh])) AND Humans[Mesh])

Paralelamente, foi conduzida uma pesquisa na plataforma da Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e do European Journal of Internal Medicine.

Foi ainda feita uma pesquisa a partir da bibliografia dos artigos selecionados.

Foram incluídos os seguintes tipos de artigos: revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos não-randomizados, estudos observacionais, estudos quasi-experimentais e artigos de opinião; publicados até dezembro de 2019.

Foram excluídos artigos de acesso pago e aqueles escritos em qualquer língua que não inglês ou português.

Desenvolvimento e discussão

A desprescrição em fim de vida

A desprescrição consiste num processo sistemático, contínuo e dinâmico de avaliação da adequação de cada fármaco para determinado doente, considerando os seus potenciais riscos e benefícios tendo em conta os objetivos evolutivos de cuidados individualizados, e consequente descontinuação de fármacos, mudança para fármacos mais seguros ou redução das doses com o objetivo de otimizar os resultados, gerindo a polifarmácia e reduzindo os FPI.^{6,7}

Em doentes em fim de vida este tema toma especial importância devido à alta incidência da polifarmácia e do uso de FPI nesta população.⁶ Acresce a particular suscetibilidade destes doentes à iatrogenia médica no geral e medicamentosa em particular, tornando-se a desprescrição um pilar da prevenção quaternária (que, no caso, visa evitar, reduzir ou paliar o dano causado pela farmacoterapia).⁸

Para além disso, a desprescrição tem uma justificação ético-legal. O artigo 5.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos condena todas as práticas não justificadas pelo interesse do doente ou que possam causar sofrimento acrescido, o que vai ao encontro dos princípios de beneficência e de não maleficência por que se rege a prática clínica.^{2,6} Posto isto, a desprescrição deve ser encarada como a outra face da prescrição, sendo uma intervenção positiva, não como o abandono ou o desinvestimento no doente, e deve ter por base uma relação terapêutica de confiança e compromisso com o bem-estar do doente.⁹

A polifarmácia e os fármacos potencialmente inadequados em fim de vida

A polifarmácia consiste no consumo simultâneo de múltiplos medicamentos por um doente. Não existe consenso para a quantidade de medicamentos nem para o tempo de consumo a partir do qual um doente se considera polimedicado mas a maioria dos estudos considera que existe polifarmácia a partir de cinco medicamentos diários, quer sejam prescritos por um profissional qualificado quer sejam de venda livre.^{6,8}

A polifarmácia é um problema de grande magnitude principalmente nos países

desenvolvidos, atingindo principalmente os mais velhos e/ou aqueles com patologia avançada, sendo que “30% dos doentes a partir dos 65 anos de idade tomam cinco ou mais fármacos de prescrição”.⁶

Isto deve-se a múltiplos fatores, nomeadamente: à pluripatologia associada a *guidelines* para o tratamento farmacológico que podem não ser aplicáveis em doentes em fim de vida (de que são exemplo a hipertensão arterial, a diabetes, a dislipidémia, a demência, a depressão e ansiedade, entre outras); à multiplicidade de comorbilidades; à idade avançada de uma parte significativa dos doentes; à incapacidade funcional; às múltiplas hospitalizações por agudização; a consultas com diferentes médicos de diferentes especialidades; erros na medicação; a expectativas irrealistas do doente, familiares e/ou cuidadores; a interpretação de efeitos secundários dos medicamentos como problemas a serem abordados com mais medicação.^{6,10}

Embora os doentes em fim de vida possam beneficiar com o consumo de múltiplos medicamentos, a polifarmácia está associada a uma maior prevalência de consumo de FPI.⁸

Os FPI em fim de vida são: aqueles cujo tempo para o benefício ultrapassa a esperança de vida do doente (exemplo disto são as estatinas, cujo tempo para o benefício é de aproximadamente 2 anos); aqueles cujo risco real ou esperado é superior ao benefício real ou esperado ou quando existem alternativas ao fármaco que apresentem um melhor perfil de segurança, tolerabilidade ou eficácia; aqueles cujo objetivo terapêutico já não está alinhado com os objetivos terapêuticos do doente, seus valores e preferências (são exemplo disto os fármacos ditos “curativos” que não aportem aumento da sobrevida, alívio sintomático ou melhoria da qualidade de vida).^{5,8,11,12}

As classes de FPI mais frequentemente utilizadas são os inibidores da bomba de protões, os antihipertensores, os hipoglicemiantes, as estatinas e os antiagregantes.⁹ Apesar de estes serem muitas vezes classificados como FPI em fim de vida, existem situações em que o seu consumo pode aportar benefício para o doente. Por isso, a classificação de um fármaco como potencialmente inadequado em fim de vida só é legítima para um doente em particular, no seu contexto atual, sendo a classificação dinâmica.⁹ É por isso importante lembrar que um fármaco inicialmente prescrito adequadamente, com a evolução natural da doença, pode tornar-se inadequado.

Posto isto, quer a polifarmácia *per se* quer o consumo de FPI em fim de vida associam-

se a riscos importantes. Devido às alterações fisiológicas do processo da doença passíveis de alterar a farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos, a polifarmácia e o consumo de FPI estão associados a uma maior probabilidade de ocorrência de “efeitos adversos, de interações medicamento-medimento, de interações medicamento-doença, de interações medicamento-alimento e de toxicidade do próprio medicamento”.⁶ Estão ainda associados a maior prevalência de má adesão terapêutica, erros no cumprimento da mesma e erros de prescrição (fármaco, dose, posologia...) tornando-se num indicador fiável de maior risco de quedas, maior risco de hospitalização, maior risco de multimorbilidade, deterioração da qualidade de vida e maior mortalidade.^{6,8,11,13,14}

Para além dos prejuízos clínicos, a polifarmácia e o consumo de FPI podem deteriorar a relação terapêutica, contribuir para a diminuição da autonomia do doente e da confiança no sistema de saúde, com as respetivas consequências.⁸

Há ainda que considerar o custo económico para o doente e para a sociedade que advém não só do valor dos medicamentos mas também das hospitalizações, consultas e outros cuidados adicionais.⁶

Por estas razões, a polifarmácia, os FPI e, consequentemente, a sua desprescrição, apresentam um dilema muito atual não só clínico mas também ético-legal e económico.

Benefícios e riscos associados à desprescrição

Considerando os riscos da polifarmácia e dos FPI em fim de vida, a desprescrição neste contexto torna-se imperativa. Ainda assim, o benefício que da desprescrição pode advir terá de ser balanceado com os seus potenciais riscos, tendo sempre em consideração uma abordagem holística do doente.⁷

Vários são os estudos que demonstram que a desprescrição em fim de vida é segura.^{6,7}

Ainda assim, é importante considerar que a desprescrição pode levar a alguns efeitos adversos, sendo o mais comum a exacerbação/recaída da condição médica à qual o fármaco era dirigido, i.e., o aparecimento de sintomas *rebound*.¹⁰ Isto acontece principalmente com a desprescrição de fármacos para doenças cardiovasculares e do sistema nervoso central, em particular, as benzodiazepinas.¹⁰ Para doenças sintomáticas ou que possam ser avaliadas por biomarcadores (por exemplo a hipertensão arterial,

diabetes,...), os sinais, sintomas e os valores dos biomarcadores parecem reverter em pouco tempo após o recomeço do fármaco desprescrito.⁷ Contudo, para fármacos usados para prevenção ou fármacos para doenças sem sinais, sintomas ou biomarcadores mensuráveis, é difícil prever qual o efeito a longo prazo da desprescrição e quanto tempo será necessário para que haja a recuperação dos benefícios após o recomeço da toma do fármaco desprescrito.⁷

Podem ainda surgir sintomas de abstinência do fármaco, sendo estes maioritariamente benignos e passageiros.⁷ Os fármacos que mais se associam a este efeito são os cardiovasculares, do sistema nervoso central e os gastrointestinais.⁷

Outros efeitos indesejados que podem advir da desprescrição de fármacos incluem a reversão do efeito sinérgico de alguns fármacos, alterações farmacocinéticas e/ou farmacodinâmicas nos fármacos remanescentes, compromisso da relação terapêutica e efeitos a nível psicológico no doente, família e/ou cuidadores.^{12,13,15}

Estes riscos enfatizam a necessidade da criação de um protocolo de desprescrição baseado na evidência e centrado no doente, de forma a minimizá-los e/ou contorná-los.

Barreiras à desprescrição

Considerando a evidência atual que apoia os benefícios da revisão da terapêutica nos doentes em fim de vida, em particular, da sua desprescrição, fica por esclarecer por que é que esta não acontece tanto quanto seria devido.

Torna-se, por isso, importante a compreensão das barreiras à desprescrição, de modo a transpô-la da teoria para a prática clínica.^{7,13}

Estas barreiras podem ser organizacionais, relacionados com o profissional de saúde ou relacionados com o doente, sua família e/ou cuidadores.¹⁶

As barreiras organizacionais a considerar são a falta de informação de qualidade sobre os riscos e benefícios das várias opções terapêuticas; a falta de protocolos baseados na evidência e estandardizados que apoiem a desprescrição; o facto de o doente ser da responsabilidade de múltiplos profissionais de saúde e da comunicação entre eles ser deficiente; a limitação do tempo de consulta e/ou visita e/ou follow-up de que os

profissionais de saúde dispõem; a falta de clareza sobre quem tem a responsabilidade de desprescrever.^{7,13}

Quanto às barreiras relacionadas com os profissionais de saúde deve considerar-se, para além do medo dos riscos associados à desprescrição, a falta de consciência do médico relativamente à adequação da terapêutica por ele prescrita; a inércia; a falta de conhecimento ou de acesso à informação; o foco dado aos problemas agudos vs problemas crónicos; a falta de autoconfiança por parte do médico; a relutância em desprescrever fármacos prescritos por outros médicos, em particular por especialistas de áreas específicas, por medo de litigação ou conflito; a comunicação pouco transparente com os doentes; a sobrestima do tempo de vida dos doentes; a crença na ausência de riscos dos medicamentos.^{3,7,9,10,13,16-18}

As barreiras relacionadas com o doente, seus familiares e/ou cuidadores são a pluripatologia e multimorbilidade da maioria destes doentes; a crença na adequação dos fármacos, i.e., benefício e ausência de risco; a dependência psicológica dos medicamentos de consumo crónico (principalmente quando os doentes sentiram uma melhoria clínica ou esperam vir a sentir, o que lhes dá uma sensação de segurança muito importante neste período de grande instabilidade e vulnerabilidade); a não compreensão do seu prognóstico, não sendo incomum os doentes e familiares pedirem para que “tudo seja feito” apesar da evidência da falta de benefício de certos medicamentos; os problemas na comunicação com os médicos. Para além dos médicos, cuja recomendação da desprescrição se sabe assumir uma grande importância na aceitação pelos doentes, os últimos também estão sujeitos a outras influências externas como a família, amigos, *media*, história familiar... Quando as decisões médicas dependem de um cuidador, foram também descritas como barreiras à desprescrição a sensação de culpa e de responsabilidade sentidas nesta tomada de decisão.^{3,7,10}

Facilitando a desprescrição

Num estudo recente, Sidorkiewicz Stéphanie *et al*, chegaram à conclusão de que não existe correlação entre as crenças dos doentes relativamente à importância da sua farmacoterapia e as crenças dos seus médicos responsáveis.^{7,19} Esta realidade traduz a necessidade de uma comunicação mais eficaz entre as duas partes para que as decisões

sobre a farmacoterapia do doente sejam dirigidas aos seus objetivos terapêuticos suportando-se na medicina baseada na evidência.

Posto isto, a discussão da desprescrição terapêutica deve acontecer sempre num ambiente de confiança e respeito mútuo. O timing em que esta discussão acontece também assume grande influência sobre os resultados da mesma.¹ Pode acontecer quando o médico sentir estar perante uma janela de oportunidade ou quando este criar essa janela, sendo que, neste caso, só deve acontecer com doentes que já aceitaram o seu prognóstico.^{7,14} Esta janela de oportunidade pode ser sinalizada pelo doente e/ou familiares quando estes mostram que esta conversa poderia ser aceite como, por exemplo, quando demonstram abertura para falar sobre a progressão da doença ou a qualidade de vida, devendo nestes casos o profissional de saúde fazer a ponte entre estes pontos e o papel da farmacoterapia.¹² Caso isto não aconteça, o médico poderá tentar criar a sua janela de oportunidade guiando a conversa sobre a medicação com perguntas abertas, validando o *input* do doente e facilitando a colaboração.¹² Por conseguinte, é importante perceber que esta discussão na altura errada pode ser infrutífera e produzir efeitos indesejados, anulando-se a hipótese de abordagens futuras.¹²

Para facilitar esta comunicação e agilizar o processo de desprescrição são sugeridos os seguintes passos que tentam ilustrar uma abordagem holística, tendo em consideração não só o contexto clínico do doente como o psicológico, social, financeiro e físico:^{7,14}

1. Colher a história medicamentosa do doente e avaliar a sua adequação.⁷

- Incluir os fármacos que o doente toma regularmente, de forma intermitente e em SOS, quer prescritos, quer não prescritos (inclusive vitaminas, suplementos e produtos de herbanário).⁷ Como as listas de medicamentos tendem a omitir alguns medicamentos o mais eficaz será pedir ao doente que traga todos os seus medicamentos para o consultório.¹⁰

- Incluir a dose, frequência, duração do consumo, indicação e eficácia.⁷

- Identificar possíveis reações adversas ou se o doente apresenta alto risco para as mesmas, de acordo com o número e tipo de fármacos, história de efeitos adversos, comorbilidades, fragilidade, não adesão, prescritores múltiplos, etc.^{6,7}

- Identificar FPI: de acordo com os critérios enumerados no capítulo respetivo, sendo que, sempre que o fármaco tiver indicação para ser continuado deve ser identificada

a dose mínima eficaz devendo dar-se sempre prioridade aos fármacos de toma única.⁶ Se necessário, utilizar listas de FPI já existentes, como os critérios STOPP e a lista Beers, que apesar de não terem sido desenvolvidos para serem aplicados aos doentes em fim de vida, (algumas excluem até os doentes a receber cuidados paliativos) podem ser uma ferramenta auxiliar à desprescrição nesta população.^{7,10} Podem ainda ser utilizados calculadores da adequação dos fármacos como o *Medication Appropriateness Index* e o *Good Palliative-Geriatric Practice Algorithm*.⁷

- Avaliar a adesão.⁷

2. Avaliar fatores clínicos relacionados com o doente: esperança de vida (sendo que neste caso o interesse recai sobre doentes com prognóstico inferior a 12 meses), capacidade funcional e cognitiva, risco de quedas, comorbilidades.⁷

3. Discutir os valores, preferências e crenças do doente, sua família e/ou cuidadores em relação à sua terapêutica.⁷

Idealmente a desprescrição deveria ser abordada com o doente desde o momento da prescrição.^{7,20} Quando os doentes perguntam durante quanto tempo vão tomar o medicamento prescrito e o médico responde “para o resto da vida” esta afirmação é levada à letra o que pode criar problemas a vários níveis no momento da desprescrição do fármaco.²⁰ Por isso, a prescrição de um fármaco deve incluir uma consideração sobre o estado clínico atual do doente e provável trajetória da doença e sobre a adequação do fármaco no plano de tratamento atual mas possível desadequação com a evolução dos objetivos terapêuticos.^{1,7,9,10,16,18,20} Caso isto não tenha sido feito, quando o médico considera a desprescrição, deve tentar compreender qual o conhecimento e expectativas que o doente tem face ao futuro e qual o papel que nele a medicação desempenha, o que será um ponto de partida para a partilha da evidência médica atual com o doente e a desconstrução de possíveis mitos, de modo a que sejam metas gerais de cuidados ajustadas aos valores e preferências do doente.^{1,6,12} Apesar de a maioria dos profissionais de saúde encarar esta conversa com alguma ansiedade e desconforto, diversos estudos demonstraram que a maioria dos doentes não se opõe à desprescrição, não parecendo esta afetar a esperança do doente em relação à sua doença.¹

Para além disto, quando a desprescrição é apresentada como uma opção terapêutica, dever-se-á dar primazia à comunicação das vantagens daquilo que é um ato terapêutico que visa o benefício do doente, ao invés de se focar na ausência de valor ou inadequação

do fármaco, uma vez que no fim de vida não é incomum que o doente já tenha sofrido inúmeras “perdas” (perda de autonomia, perda de capacidade física e intelectual...) e que encare a desprescrição como uma nova perda de algo que lhe era familiar.^{1,7,9,10,18}

Esta abordagem centrada no doente revela-se não só mais eficaz como produtora de efeitos positivos a nível do conhecimento do doente, satisfação, confiança na decisão, adesão e qualidade de vida.¹⁴

4. Tomar a decisão partilhada de desprescrever.⁷

A decisão de desprescrever, para além de informada, deve ser partilhada com o doente, sua família e/ou cuidadores (caso seja essa a vontade do doente) e deve ser tomada em contexto multidisciplinar, sendo que médicos, enfermeiros e farmacêuticos poderão estar envolvidos ou contribuir para este processo.⁷ Ainda que alguns doentes se sintam mais confortáveis conhecendo as recomendações do seu médico, ou mesmo, por vezes, transferindo a responsabilidade da tomada de decisão inteiramente para o médico, este diálogo deve estar sempre presente e a autonomia do doente deve ser respeitada ainda que indiretamente, pela tirada de elações sobre as suas preferências, objetivos e valores aquando da discussão das suas opções.⁷ O facto de esta ser uma decisão informada e partilhada pressupõe que só acontece se o doente estiver confortável com o plano e souber como agir caso os sintomas retornem, estando ciente de que a desprescrição é um processo dinâmico e que a medicação pode ser reiniciada caso seja necessário.⁶

Por fim, os profissionais de saúde têm de abraçar a incerteza das suas decisões terapêuticas, nomeadamente no que diz respeito à decisão de desprescrever.²⁰ Este é um ato terapêutico que, como todos os semelhantes, pressupõe uma estimativa entre benefícios e riscos, uma estimativa de um prognóstico e extrapolação de conhecimento teórico para uma situação clínica individual e única, estando todas estas operações associadas a uma incerteza que lhes é inerente.⁷

5. Planear o processo de descontinuação dos fármacos.⁷

- Se mais do que um medicamento for identificado para desprescrever, priorizá-los do seguinte modo: os fármacos que poderão ser desprescritos num primeiro momento são aqueles que já não estão a ser tomados ou que estão duplicados, aqueles que estejam a causar efeitos adversos significativos, os prescritos para problemas já resolvidos, os usados para controlar efeitos adversos de fármacos descontinuados.^{7,10} De seguida devem

ser abordados os fármacos cujo tempo até benefício excede a esperança de vida do doente, cujo benefício não esteja comprovado a partir de uma certa idade independentemente da esperança de vida do doente (como os bifosfonatos nas mulheres com mais de 80 anos sem indicação específica).¹⁰ De seguida, devem ser considerados os fármacos cuja descontinuação possa causar síndrome de abstinência ou sintomas *rebound*, sendo que estes devem ser desmamados progressivamente de modo a identificar a dose mínima de eficácia e minimizar os efeitos secundários da desprescrição, visando o conforto do doente, como é o caso das benzodiazepinas, anticolinérgicos e esteroides.^{6,7,10}

- Estabelecer um plano de controlo do doente que inclua os sintomas a reconhecer e plano de atuação, consultas de seguimento e número de contacto do médico, caso necessário.⁷

6. Monitorizar.⁷

- Monitorizar o aparecimento e/ou resolução de sintomas e reavaliar a terapêutica, caso necessário. Apesar de todos os prescritores terem de partilhar o plano, a supervisão deste deve ser assegurada por um único médico.^{6,7}

- Sempre que possível, evitar novas medidas farmacológicas.⁷

7. Documentar.⁷

- Documentar todo o processo, inclusive o racional por detrás da decisão de desprescrever, o modo como se fez a desprescrição e os seus resultados.⁷

- Partilhar a informação sempre que possível.⁷

Conclusão

Esta revisão apresenta diversas limitações para além das associadas a qualquer revisão não sistemática. Por um lado, a investigação publicada baseia-se em estudos com amostras populacionais e períodos de *follow-up* reduzidos e heterogêneos, critérios de classificação de FPI, *designs*, tipos de intervenção e medidas de avaliação do *outcome* também muito heterogêneos sendo que poucos avaliam a “*health related quality of life*”.^{3,7} Por outro lado, acresce como limitação a esta revisão o facto de ter excluído todos os artigos que não foram divulgados em inglês ou português, aumentando o viés de seleção, sendo a literatura internacional em inglês aquela que apresenta mais provavelmente resultados positivos.

Posto isto, alguns aspetos importantes ficam por esclarecer:

- é necessário avaliar a eficácia da desprescrição através de *outcomes* para além da própria segurança da desprescrição? i.e., não será uma desprescrição segura, um ato terapêutico de sucesso em si, ainda que dele não advenham benefícios?;
- apesar dos cuidados paliativos darem primazia à qualidade de vida ao invés da mortalidade, será que esta abordagem é transversal a todos os doentes em fim de vida, independentemente das comorbilidades, idade, cultura, condição socioeconómica, etc.? i.e., é legítimo avaliar a eficácia de um ato terapêutico em doentes numa fase de vida única de um modo *standardizado*, não tendo em consideração as preferências e objetivos de cada um?;
- nesta população já tão sujeita a fatores stressores e a uma instabilidade causadora de *distress* importante, será legítimo introduzir um novo fator de incerteza e *stress*? i.e., não será a desprescrição de fármacos maioritariamente de consumo crónico dirigidos a doenças que, muitas vezes, apresentam uma carga emocional muito superior àquela que possíveis malefícios associados aos FPI possam apresentar, como é o caso das doenças cardiovasculares e psiquiátricas, mais um fator desestabilizador que acresce à instabilidade do doente?;
- não tomará a esperança, em particular o seu benefício terapêutico, uma importância superior a possíveis *outcomes* positivos da desprescrição nestes doentes? i.e., não será a esperança de que se sobreviva ao prognóstico um fator com um impacto positivo mais importante que os diferentes efeitos desejáveis da desprescrição na vivência da doença?;

- será legítimo não incluir na avaliação da qualidade de cuidados o impacto na família e/ou cuidadores?

Apesar de todas as limitações apontadas, a revisão da literatura aponta a desprescrição como parte importante do plano terapêutico de todos os doentes em fim de vida, devendo vir na sequência de um processo sistemático, dinâmico e individualizado de revisão e análise da adequação da farmacoterapia do doente, e que, apesar das incertezas, não deve ser adiado até à fase agónica, prolongando eventuais malefícios e adiando os benefícios que dela possam advir.

A abordagem proposta no capítulo anterior, adaptada da que é apresentada no artigo de 2016, “Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action”, de Reeve, Thompson e Farrell, apesar de ser a que melhor responde às necessidades encontradas, está longe de ultrapassar todas as barreiras à desprescrição na prática clínica e de otimizar os benefícios e minimizar os riscos associados a este ato terapêutico, pelas limitações mencionadas.

Contrapondo-se ao objetivo desta revisão e considerando essas mesmas limitações, torna-se clara a impossibilidade da construção de um protocolo estandardizado para a desprescrição em fim de vida. Aliás, torna-se óbvio o valor cultural da morte que estas limitações traduzem, sendo que dificilmente serão contornadas sem que haja uma mudança profunda da relação da nossa sociedade com a morte, deixando de a encarar como uma disrupção da vida mas como uma etapa natural, independentemente de possíveis crenças que se lhe associem. Ainda assim, é reforçada a premência de tornar este ato terapêutico uma prática da atividade clínica, sendo para isso importante a mudança de atitude dos profissionais de saúde que passa não só pelo investimento na sua formação mas também por uma investigação científica mais inclusiva para os doentes em fim de vida.

Agradecimentos

Agradeço à Dr^a Joana Ramalho por ter aceite orientar o meu Trabalho Final de Mestrado, pela sua disponibilidade, apoio e pertinência das suas críticas e observações.

À Dr^a Ana Costa pela sua colaboração na revisão do trabalho.

À Sara pela amizade, disponibilidade e conselhos.

À minha família e ao João pela presença e apoio incondicional desde o início.

Bibliografia

1. Todd A. (2019) I don ' t think I ' d be frightened if the statins went ' : a phenomenological qualitative study exploring medicines use in palliative care patients , carers and healthcare professionals . (January):1-20.
2. Machado S. Machado (2018) *Med Interna (Bucur)*. 25(4).
3. Fede A, Miranda M, Antonangelo D, et al. (2011) Use of unnecessary medications by patients with advanced cancer: Cross-sectional survey. *Support Care Cancer*. 19(9):1313-1318.
4. Thio SL, Nam J, Driel ML Van, Dirven T, Blom JW. (2019) Effects of discontinuation of chronic medication in primary care : a systematic review of deprescribing trials. 1-21.
5. Morin L, Laroche ML, Vetrano DL, Fastbom J, Johnell K. (2018) Adequate, questionable, and inadequate drug prescribing for older adults at the end of life: a European expert consensus. *Eur J Clin Pharmacol*. 74(10):1333-1342.
6. Romero I. Romero (2018) *Med Interna (Bucur)*. 25(1).
7. Reeve E, Thompson W, Farrell B. (2017) Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. *Eur J Intern Med*. 38:3-11.
8. Caldentey CV, Manuel MS. (2019) Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. Deprescribing to increase people health or when deprescribing could be the best pill. 1-21.
9. Maia C. Maia (2019) *Med Interna (Bucur)*. 26(2):107-112.
10. Gonçalves F. Gonçalves (2018) *Pharmacy*. 6(3):88.
11. Santiago LM. (2019) Deprescribing in primary care in Portugal: a three-phase observational and experimental study protocol. 8(7):1-16.
12. Collier KS, Kimbrel JM, Protus BM. (2019) Medication Appropriateness at End of Life : A New Tool for Balancing Medicine and Communication for Optimal Outcomes — the BUILD Model. (10000):1-9.
13. Thompson J, Surrey R. (2019) Deprescribing in palliative care Key points

- Polypharmacy Barriers to deprescribing. 19(4):311-314.
14. Todd A. (2019) The deprescribing rainbow : a conceptual framework highlighting the importance of patient context when stopping medication in older people. *Article metrics*. 1-17.
 15. Curtin D, Mahony DO, Gallagher P. (2019) Drug consumption and futile medication prescribing in the last year of life : an observational study. 1-17.
 16. Paque K, R VS, Elseviers M, et al. (2019) Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease : A systematic review . 33(1):2018-2019.
 17. Oliveira L, Ferreira MO, Rola A, Magalhães M, Ferraz Gonçalves J. Oliveira- (2016) *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 30(3):201-205.
 18. Geijteman EC, Dees MK, Tempelman MM, Huisman BA, Arevalo JJ, Perez RS, van Zuylen L, van der Heide A. (2019) Understanding the Continuation of Potentially Inappropriate Medications at the End of Life: Perspectives from Individuals and Their Relatives and Physicians. 64(12):1-6.
 19. Sidorkiewicz S, Tran V-T, Cousyn C, Perrodeau E, Ravaud P. (2016) Discordance Between Drug Adherence as Reported by Patients and Drug Importance as Assessed by Physicians. *Ann Fam Med*. (September/October):415-420.
 20. Todd A, Holmes HM. (2019) Recommendations to support deprescribing medications late in life. 37(5):678-681.